



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS



PABLO LEONID CARNEIRO LUCENA

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE INTERVENÇÕES PARA PESSOAS COM FERIDAS EM
CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO DE ESCOPO**

JOÃO PESSOA - PB

2019

PABLO LEONID CARNEIRO LUCENA

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE INTERVENÇÕES PARA PESSOAS COM FERIDAS EM
CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Especialização em Cuidados Paliativos, do
Centro de Ciências da Saúde, da
Universidade Federal da Paraíba, como
exigência para obtenção do Título de
Especialista em Cuidados Paliativos.

Orientadora: Prof^a Dr^a Solange Fátima Geraldo da Costa

JOÃO PESSOA - PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L935e Lucena, Pablo Leonid Carneiro.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE INTERVENÇÕES PARA PESSOAS
COM FERIDAS EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO DE ESCOPO /
Pablo Leonid Carneiro Lucena. - João Pessoa, 2019.
34 f. : il.

Orientação: Solange Fátima Geraldo da Costa.
TCC (Especialização) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Ferimentos e Lesões. 3. Cuidados
Paliativos. 4. Terapêutica. 5. Cuidados de Enfermagem.
I. Costa, Solange Fátima Geraldo da. II. Título.

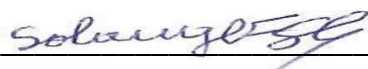
UFPB/BC

FOLHA DE APROVAÇÃO

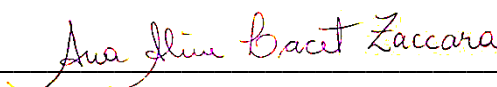
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

Apresentado em: ____/____/____.

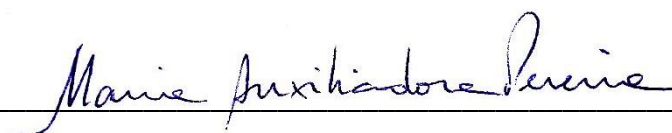
BANCA EXAMINADORA



Orientadora



Membro Titular



Membro Titular

Membro Suplente

João Pessoa - PB

2019

Dedico a todas as pessoas que voluntariamente participam de pesquisas e, assim, contribuem para o progresso da ciência.

Agradeço aos meus familiares, em especial ao meu filho Gabriel Mousinho por todo o empenho nas atividades que indiretamente colaboraram para o alcance desta conquista.

Agradeço à Universidade Federal da Paraíba, sobretudo à professora Dr^a Solange Fátima Geraldo da Costa por idealizar e coordenar este Curso de Especialização.

RESUMO

Objetivo: Mapear as evidências científicas sobre intervenções direcionadas a pessoas com feridas em cuidados paliativos. **Método:** Revisão de Escopo realizada com estudos em português, inglês e espanhol, provenientes de bases de dados nacionais e internacionais, publicados no período de 2010 a 2019. **Resultados:** Foram incluídas 41 publicações oriundas de 14 nacionalidades. Os estudos apresentam como principal temática a avaliação e tratamento de feridas de diferentes etiologias. As intervenções foram apresentadas em relação aos aspectos da gestão do cuidado, etapas básicas do cuidado da ferida, aspectos psicossociais e espirituais. **Conclusão:** É necessária uma avaliação criteriosa do paciente e da ferida. Caso os parâmetros sejam favoráveis à cicatrização, a equipe adotará a terapêutica específica para alcançá-la. Caso contrário, o cuidado deverá incluir realização de técnicas mais conservadoras e menos invasivas, manejo de sinais e sintomas, além de intervenções voltadas aos impactos sociais, psicológicos e espirituais relacionados à ferida.

DESCRITORES: Enfermagem; Ferimentos e lesões; Cuidados Paliativos; Terapêutica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Map scientific evidence on interventions targeting people with wounds in palliative care. **Method:** Scoping Review conducted with studies in Portuguese, English and Spanish, from national and international databases, published from 2010 to 2019. **Results:** We included 41 publications from 14 nationalities. Studies have as their main theme the evaluation and treatment of wounds of different etiologies. The interventions were presented in relation to aspects of care management, basic stages of wound care, psychosocial and spiritual aspects. **Conclusion:** Careful assessment of the patient and wound is required. If the parameters are favorable to healing, the team will adopt specific therapy to achieve it. Otherwise, care should include more conservative and less invasive techniques, management of signs and symptoms, and interventions aimed at the social, psychological and spiritual impacts related to the wound.

DESCRIPTORS: Nursing; Wounds and injuries; Palliative Care; Therapeutics; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: Mapear evidencia científica sobre intervenciones dirigidas a personas con heridas en cuidados paliativos. **Método:** Revisión del alcance realizada con estudios en portugués, inglés y español, de bases de datos nacionales e internacionales, publicados de 2010 a 2019. **Resultados:** Se incluyeron 41 publicaciones de 14 nacionalidades. Los estudios tienen como tema principal la evaluación y el tratamiento de heridas de diferentes etiologías. Las intervenciones se presentaron en relación con aspectos de la gestión asistencial, etapas básicas del cuidado de heridas, aspectos psicosociales y espirituales. **Conclusión:** se requiere una cuidadosa evaluación del paciente y la herida. Si los parámetros son favorables para la curación, el equipo adoptará una terapia específica para lograrlo. De lo contrario, la atención debe incluir técnicas más conservadoras y menos invasivas, manejo de signos y síntomas e intervenciones dirigidas a los impactos sociales, psicológicos y espirituales relacionados con la herida.

DESCRIPTORES: Enfermería; Heridas y traumatismos; Cuidados Paliativos; Terapéutica; Atención de Enfermería

SUMÁRIO

| | | |
|---|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2 | MÉTODO..... | 12 |
| 3 | RESULTADOS..... | 13 |
| 4 | DISCUSSÃO..... | 18 |
| 5 | CONCLUSÃO..... | 21 |
| | REFERÊNCIAS..... | 22 |
| | ANEXO A - NORMAS DA REVISTA CUIDADO É FUNDAMENTAL..... | 28 |

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE INTERVENÇÕES PARA PESSOAS COM FERIDAS EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO DE ESCOPO

SCIENTIFIC EVIDENCE ON INTERVENTIONS FOR PEOPLE WITH WOUND IN PALLIATIVE CARE: SCOPING REVIEW

EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE INTERVENCIONES PARA PERSONAS CON HERIDAS EN CUIDADOS PALIATIVOS: REVISIÓN DEL ALCANCE

RESUMO

Objetivo: Mapear as evidências científicas sobre intervenções direcionadas a pessoas com feridas em cuidados paliativos. Método: Revisão de Escopo realizada com estudos em português, inglês e espanhol, provenientes de bases de dados nacionais e internacionais, publicados no período de 2010 a 2019. Resultados: Foram incluídas 41 publicações oriundas de 14 nacionalidades. Os estudos apresentam como principal temática a avaliação e tratamento de feridas de diferentes etiologias. As intervenções foram apresentadas em relação aos aspectos da gestão do cuidado, etapas básicas do cuidado da ferida, aspectos psicossociais e espirituais. Conclusão: É necessária uma avaliação criteriosa do paciente e da ferida. Caso os parâmetros sejam favoráveis à cicatrização, a equipe adotará a terapêutica específica para alcançá-la. Caso contrário, o cuidado deverá incluir realização de técnicas mais conservadoras e menos invasivas, manejo de sinais e sintomas, além de intervenções voltadas aos impactos sociais, psicológicos e espirituais relacionados à ferida.

DESCRIPTORES: Enfermagem; Ferimentos e lesões; Cuidados Paliativos; Terapêutica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Map scientific evidence on interventions targeting people with wounds in palliative care. Method: Scoping Review conducted with studies in Portuguese, English and Spanish, from national and international databases, published from 2010 to 2019. Results: We included 41 publications from 14 nationalities. Studies have as their main theme the evaluation and treatment of wounds of different etiologies. The interventions were presented in relation to aspects of care management, basic stages of wound care,

psychosocial and spiritual aspects. Conclusion: Careful assessment of the patient and wound is required. If the parameters are favorable to healing, the team will adopt specific therapy to achieve it. Otherwise, care should include more conservative and less invasive techniques, management of signs and symptoms, and interventions aimed at the social, psychological and spiritual impacts related to the wound.

DESCRIPTORS: Nursing; Wounds and injuries; Palliative Care; Therapeutics; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: Mapear evidencia científica sobre intervenciones dirigidas a personas con heridas en cuidados paliativos. Método: Revisión del alcance realizada con estudios en portugués, inglés y español, de bases de datos nacionales e internacionales, publicados de 2010 a 2019. Resultados: Se incluyeron 41 publicaciones de 14 nacionalidades. Los estudios tienen como tema principal la evaluación y el tratamiento de heridas de diferentes etiologías. Las intervenciones se presentaron en relación con aspectos de la gestión asistencial, etapas básicas del cuidado de heridas, aspectos psicosociales y espirituales. Conclusión: se requiere una cuidadosa evaluación del paciente y la herida. Si los parámetros son favorables para la curación, el equipo adoptará una terapia específica para lograrlo. De lo contrario, la atención debe incluir técnicas más conservadoras y menos invasivas, manejo de signos y síntomas e intervenciones dirigidas a los impactos sociales, psicológicos y espirituales relacionados con la herida.

DESCRIPTORES: Enfermería; Heridas y traumatismos; Cuidados Paliativos; Terapéutica; Atención de Enfermería

INTRODUÇÃO

O aumento das doenças crônicas no contexto brasileiro e mundial tem como uma de suas implicações o elevado risco de desenvolvimento de ferimentos. As consequências de uma ferida podem ser sérias, inclusive incapacitantes, e o seu tratamento geralmente é dispendioso.^{1,2} As feridas são descritas como danos infligidos no corpo com ou sem

rompimento da continuidade estrutural,³ podendo acometer pessoas em qualquer fase da vida.

Evidências apontam que o paciente deve ser avaliado de forma abrangente, envolvendo não apenas aspectos relacionados às feridas e à fisiopatologia da doença, mas também investigando aspectos relacionados à qualidade de vida, haja vista os impactos causados por essas lesões. O reconhecimento desses aspectos, além de contribuir diretamente com o bem-estar do indivíduo, uma vez que avalia a sua maneira de enfrentamento da doença, pode igualmente colaborar para a orientação do cuidado a ser prestado.^{4,5}

Embora o tratamento de feridas tenha como principal parâmetro esclarecer a etiologia e estabelecer a terapêutica para a cicatrização,⁶⁻⁸ em alguns casos, a cura não é alcançada e a coexistência de uma doença grave, que ameaça a vida e deteriora o estado de saúde gradativamente, pode requisitar intervenções adaptadas a esta realidade, justificando assim a necessidade de Cuidados Paliativos.

O cuidado paliativo é uma abordagem que objetiva melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família frente à doença ameaçadora da vida através de prevenção e alívio do sofrimento. Realiza a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros sintomas, além de problemas relacionados aos impactos psicossociais e espirituais.⁹

Nesse cenário, o mapeamento de intervenções associadas às temáticas *feridas e cuidados paliativos* pode fornecer uma base abrangente de evidências para colaborar na prática de enfermagem. Para tanto, o método Revisão de Escopo torna-se um elemento importante para a ciência, uma vez que tem como objetivo mapear a literatura acerca de um tópico ou área de pesquisa em particular e proporcionar uma oportunidade para identificar conceitos-chave, lacunas, tipos e fontes de evidências para informar a prática, a formulação de políticas e a pesquisa.¹⁰

Assim, emergiu a seguinte questão de revisão: Quais são as evidências científicas sobre intervenções direcionadas a pessoas com feridas em cuidados paliativos? Para

responder ao questionamento proposto, esse estudo tem como objetivo mapear as evidências científicas sobre intervenções direcionadas a pessoas com feridas em cuidados paliativos.

MÉTODO

Para a realização deste estudo foi utilizado o método *Scoping Review*, guiado por manual específico e sistematizado pela ferramenta PRISMA com extensão para revisões de escopo (PRISMA-ScR).¹¹ Essa ferramenta dispõe de itens de controle que fornecem rigor metodológico à pesquisa. A busca foi realizada por três pessoas de forma independente e posteriormente os resultados foram comparados. Os casos de dúvida foram resolvidos por consenso entre os pesquisadores.

Foram elencados como critérios de elegibilidade: fontes de evidências publicadas em inglês, português ou espanhol; disponíveis na íntegra; incluindo teses, dissertações e artigos de periódicos online; sem restrição de modalidade ou metodologia; no período de janeiro de 2010 e última busca realizada em 13 de julho de 2019. Foram excluídos trabalhos relativos a estomias e a terapias médicas específicas (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonioterapia), visto que fogem do escopo desta pesquisa que aborda feridas e intervenções de maneira abrangente.

Os dados utilizados foram provenientes das bases: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde* (IBECS), *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF) e *Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud Argentina* (BINACIS). O acesso ao Portal Capes e Biblioteca Virtual de Saúde via internet institucional da Universidade Federal da Paraíba ampliou o acesso a alguns documentos pagos.

Para a busca eletrônica foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que consiste numa tradução e ampliação do *Medical Subject Headings* (MeSH) e apresenta uma terminologia em ciências da saúde nos idiomas português, espanhol, inglês e francês. Os descritores foram operados pela lógica booleana *Ferimentos e Lesões* AND

Cuidados Paliativos. Esses termos integram 15 sinônimos, entre os principais estão: feridas, ferimentos, traumas, assistência paliativa e tratamento paliativo.

Os dados extraídos foram agrupados e compilados em uma única planilha contemplando as variáveis: título, ano de publicação, tema principal, referência, país do autor principal, idioma, modalidade da publicação, tipo de ferimento, principais problemas/sintomas relacionados aos ferimentos e principais intervenções mencionadas na publicação.

Observou-se que as publicações demonstravam as intervenções relacionando-as aos sintomas/problemas associados às feridas, com isso, verificou-se elevada repetição de alguns procedimentos. Assim, para sistematizar o conteúdo em relação ao objetivo do estudo, optou-se por sintetizar as principais intervenções dos estudos e apresentá-las associando-as a três aspectos, quais sejam: aspectos da gestão do cuidado (Quadro 1), etapas básicas do cuidado da ferida (Quadro 2), e aspectos psicossociais e espirituais (Quadro 3).

RESULTADOS

Descrição dos estudos

A partir da identificação e análise dos estudos, foram incluídas 41 publicações na revisão de escopo (Figura 1).

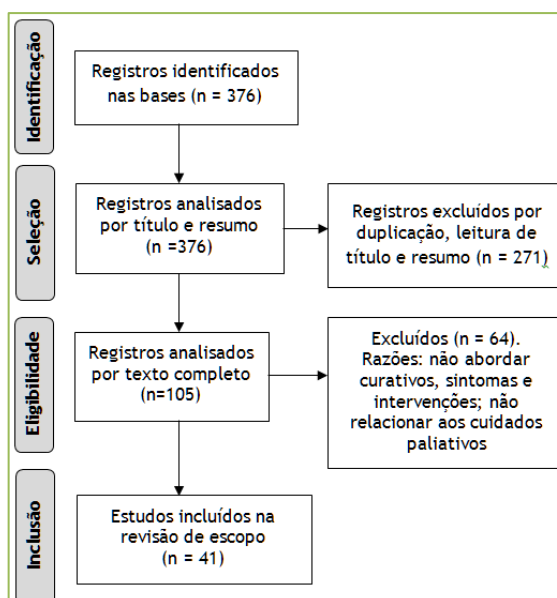


Figura 1 - Diagrama (PRISMA) de fluxo dos estudos incluídos. João Pessoa, PB, Brasil, 2019

O idioma inglês foi identificado em 30 publicações, o português em oito e o espanhol em três. Quanto ao país de origem do autor principal, 13 pesquisas foram dos Estados Unidos da América, em seguida o Brasil (8), Canadá (7), Espanha (3), Polônia (1), Turquia (1), França (1), Inglaterra (1), Suíça (1), Taiwan (1), Itália (1), Alemanha (1), Colômbia (1) e África do Sul (1).

Os estudos foram publicados entre 2010 e 2019, tendo maior destaque o ano de 2014 (12), seguido por 2010 (6), 2015 (5), 2013 (4), 2017 (4), 2016 (3), 2018 (3), 2012 (2), 2011 (1) e 2019 (1). Quanto à modalidade de publicação, foram constatadas duas dissertações e 39 artigos, destes, 16 foram pesquisas empíricas e 23 estudos de revisão.

Em relação às principais temáticas, observou-se prevalência de publicações acerca do manejo de feridas, principalmente relacionado à avaliação e tratamento de sinais e sintomas, totalizando 22 estudos. Outros temas foram encontrados, tais como: dificuldades enfrentadas por cuidadores; análise de conceito; identificação de risco, incidência e prevalência de lesões; qualidade de vida; parâmetros associados à cicatrização; isolamento social associado ao odor; plano de cuidados de enfermagem; custos relacionados ao tratamento.

Das publicações, 29 abordaram feridas de apenas uma etiologia e 12 apresentaram, conjuntamente, feridas de várias etiologias. As feridas mais descritas nos estudos foram: feridas neoplásicas, lesões por pressão, úlceras venosas, úlceras arteriais, queimaduras, fístulas enterocutâneas e úlceras diabéticas. Foi identificado o uso do termo *feridas paliativas* para se referir a ferimentos sem probabilidade de cura.

Descrição das intervenções

Observou-se que existem sintomas comuns em feridas de várias etiologias, e algumas intervenções são úteis para a atuação frente a qualquer uma delas, embora existam algumas peculiaridades. Nos contextos que a cura deixa de ser o foco primário, seja por limitações da ferida ou do paciente, verificou-se que a abordagem terapêutica

focada na cicatrização perde espaço para a abordagem paliativa, que foca o manejo dos sintomas da ferida, promoção do conforto e respeito à dignidade do paciente. Registra-se que o foco deste estudo são as intervenções da abordagem paliativa, embora ambas possam coexistir.

O Quadro 1 apresenta elementos de gestão do cuidado, visto ser necessária uma profunda avaliação do paciente e de todas as circunstâncias que o envolvem, para então traçar uma terapêutica apropriada.

| INTERVENÇÕES RELACIONADAS À GESTÃO DO CUIDADO | |
|---|--|
| Item: Nortear e documentar o cuidado ¹²⁻²⁶ | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usar indicadores clínicos, escalas, protocolos e instrumentos para nortear e documentar o atendimento; ▪ Acompanhar evolução do paciente, classificar funcionalidade e performance paliativa; ▪ Avaliar minuciosamente a ferida e registrar suas características (localização, etiologia, tamanho, tipo de tecido, presença de infecção e necrose, quantidade e características do exsudato, dor, odor, aspecto da região ao redor da lesão); ▪ Registrar informações e preferências comunicadas pelos pacientes e familiares; ▪ Estabelecer plano de cuidados individualizado considerando a dimensão biológica, social, psicológica e espiritual; | |
| Item: Educação e comunicação ^{13-16,24,25,27,29,30-32} | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover intervenções educativas com linguagem apropriada aos pacientes e cuidadores (incluir material didático); ▪ Orientar sobre reações das pessoas diante de sinais e sintomas do paciente (exemplo, evitar demonstrar desconforto ao odor); ▪ Explicar sobre achados clínicos, fatores de risco e complicações; ▪ Abordar informações sobre cuidados, crenças e mitos; ▪ Instruir sobre em quais situações o atendimento hospitalar deve ser procurado; | |
| Item: Equipe ^{13-15,17,22,28,31,33} | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispor de uma equipe multiprofissional, eficaz e experiente; ▪ Realizar capacitações regulares; ▪ Manter contato com outros profissionais que atuam junto ao paciente, incluindo os externos à atual equipe interprofissional | |
| Item: Prevenção ^{14,18,25,28,30-36} | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenir iatrogenias e complicações relacionadas à ferida (dor, infecção, sepse, trauma, hemorragia, maceração); ▪ Avaliar fatores intrínsecos e extrínsecos, realizar cuidados e utilizar produtos para dificultar a ocorrência de novas lesões (por exemplo, lesão por pressão); | |

Quadro 1 - Síntese das intervenções relacionadas à gestão do cuidado. João Pessoa, PB, Brasil, 2019

Nota: cada referência pode relacionar-se a uma ou mais intervenções sintetizadas.

O contexto físico foi abordado em todas (41) as publicações estudadas e os principais sinais/sintomas relacionados às feridas foram: dor, odor, hemorragia, infecção, prurido, exsudato, necrose e maceração. As intervenções voltadas ao manejo desses

sintomas foram sintetizadas e distribuídas em etapas básicas do cuidado da ferida (Quadro 2).

| INTERVENÇÕES RELACIONADAS AO CUIDADO DA FERIDA | |
|--|--|
| Etapa: Antes do curativo | ^{14,24,26,27,30,37-39} |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar previamente o analgésico indicado (em caso de dor); ▪ Organizar o ambiente para o procedimento quanto à ventilação, desodorizantes (próximo à cama o uso discreto de recipiente com carvão vegetal, areia de gato ou vinagre), aromaterapia (velas perfumadas, sprays de ar, hortelã-pimenta e outros óleos essenciais, grãos de café), roupas de cama limpas. | |
| Etapa: Remoção do curativo | ^{14,18,26,28,32,38,39,40} |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar ou minimizar dor, trauma e hemorragia; ▪ Observar aspecto do curativo (coloração, quantidade de exsudato, odor); ▪ Avaliar necessidade de troca de todo o curativo ou apenas da cobertura secundária, considerando as características do curativo e especificações do produto; ▪ Remover fitas, adesivos e ataduras com atenção e delicadeza; ▪ Umedecer cobertura com Soro Fisiológico (SF) morno (exceto em sangramentos, que deve ser utilizado SF frio) e remover delicadamente; ▪ Descartar imediatamente os curativos antigos | |
| Etapa: Limpeza da ferida | ^{13,14,27,28,31,38-41} |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar ou minimizar dor, trauma e hemorragia; Prevenir ou tratar infecção; ▪ Realizar técnicas menos traumáticas e menos abrasivas na limpeza de feridas; ▪ Irrigar a ferida com solução de cloreto de sódio a 0,9% (pode ser utilizada seringa de 20cc + agulha 40x12); ▪ Utilizar solução de limpeza preferivelmente morna (exceto em caso de sangramento); ▪ Considerar o uso de antisséptico em concentração própria para feridas (com baixa toxicidade) em situações de aumento da carga bacteriana local; | |
| Etapa: Desbridamento | ^{14,24,27,28,35,39-43} |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar ou minimizar dor, trauma e hemorragia; Prevenir ou tratar infecção; ▪ Averiguar cuidadosamente o risco de hemorragia e de lesão tecidual antes do procedimento; Reduzir tecidos inviáveis de maneira menos traumática; ▪ Irrigar a necrose com solução de cloreto de sódio a 0,9% em jatos (para isso, utilizar seringa de 20cc + agulha 40x12); ▪ Utilizar produtos que favoreçam o desbridamento autolítico; ▪ Utilizar, se necessário, substâncias enzimáticas e proteolíticas apenas no local da necrose (desbridamento enzimático) e proteger as áreas adjacentes; ▪ Avaliar necessidade de desbridamento mecânico e instrumental; ▪ Solicitar avaliação cirúrgica em caso de necrose extensa ou profunda; | |
| Etapa: Outras intervenções no leito da ferida | ^{14,26,27,34,38,39,44} |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coletar material para cultura (identificar perfil bacteriológico); ▪ Intervir em caso de sangramento: aplicar pressão direta no local; colocar alginato de cálcio; aplicar compressa fria. Observação: se indicado, utilizar gaze com vasoconstritores tópicos (por exemplo, solução de epinefrina por 10 minutos); sangramentos maiores necessitam de intervenção médica invasiva; ▪ Utilizar medicamento tópico para dor no local da ferida (se indicado); | |
| Etapa: Escolha da cobertura/produto | ^{15,18,22,28,35,38-41,43,45-50} |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorizar cobertura macia, não aderente ao leito e com menor frequência de trocas; ▪ Utilizar produto que absorva ou que transfira o exsudato, favorecendo o equilíbrio ao evitar leito ressecado ou excessivamente úmido; ▪ Promover um ambiente de ferida clinicamente limpo, protegido contra trauma e invasão de micro-organismos (eliminar ou reduzir processos infecciosos); ▪ Eleger coberturas para isolar ou diminuir odor; | |

| |
|---|
| ▪ Usar produto para conter sangramentos (em casos de feridas sangrantes); |
| Etapa: Área perilesional ^{14,15,28,31,39} |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenir trauma, maceração e prurido; ▪ Evitar lavagens excessivas; Usar umectantes ou lubrificantes regularmente; ▪ Proteger a pele perilesional (uso de produto selante, barreira); ▪ Evitar repetidas aplicações e remoções de fitas adesivas; |
| Etapa: Fixação do curativo ^{14,15,18,31,40,43,49} |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proteger contra trauma e invasão de micro-organismos; ▪ Ocluir ferida respeitando melhor adaptação estética e anatômica; ▪ Usar fita, filme, rede de malha ou outros fixadores de maneira adequada, para evitar trauma desnecessário durante a posterior remoção do curativo; ▪ Caso seja necessário aplicar bandagem por cima do curativo, atentar para não impedir o fluxo sanguíneo e causar desconforto associado com ataduras volumosas |

Quadro 2 - Síntese das intervenções relacionadas às etapas básicas do cuidado da ferida.

João Pessoa, PB, Brasil, 2019

Nota: cada referência pode relacionar-se a uma ou mais intervenções sintetizadas.

Quanto aos aspectos psicossociais e espirituais, observou-se que nove estudos abordaram a temática de maneira mais evidente, verificando-se a ocorrência de termos como: baixa autoestima; isolamento social; ansiedade; despesas financeiras; perda de autonomia; constrangimento; distúrbio da imagem corporal; dificuldade de interação com a rede social; depressão; perda de identidade social e incapacidade de autocuidado. Em relação ao aspecto da espiritualidade, encontraram-se expressões como perda da esperança, paz espiritual, crenças e apoio espiritual. O Quadro 3 sintetiza intervenções relacionadas a esse contexto.

| INTERVENÇÕES RELACIONADAS AOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E ESPIRITUAIS ^{12,13,15,18,26,29,30,51,52} |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar interesse pelo cuidado; ▪ Identificar anseios psicológicos, sociais e espirituais; ▪ Orientar sobre alternativas de suporte social, emocional, psicológico e financeiro ao paciente e cuidador; ▪ Usar estratégias para a promoção do convívio social a nível aceitável ao paciente; promover trabalhos em grupos; fortalecer o estreitamento da relação entre o indivíduo e o cuidador; ▪ Instruir acerca da importância do acompanhamento com profissionais da saúde mental, com abordagem farmacológica e não farmacológica (massagem, toque terapêutico, musicoterapia, aromaterapia, terapia ocupacional); ▪ Rastrear crenças, respeitar e encaminhar para apoio espiritual; ▪ Favorecer sensação de bem-estar, autoestima elevada e paz espiritual; Aliviar os medos e sentimentos de incerteza relacionados à doença; tratar sintomas angustiantes proporcionando conforto. ▪ Promover a dignidade; Estimular a autonomia e independência, de maneira que o paciente seja participante nas decisões sobre o tratamento, mas não se sinta abandonado. |

Quadro 3 - Síntese das intervenções relacionadas aos aspectos psicossociais e espirituais.

João Pessoa, PB, Brasil, 2019

Nota: cada referência pode relacionar-se a uma ou mais intervenções sintetizadas.

DISCUSSÃO

Os achados fornecem um panorama das evidências sobre as principais intervenções direcionadas a pessoas em cuidados paliativos com feridas e apontam que a temática é foco de interesse para produção científica nacional e internacional. As ações sintetizadas concentram-se em aspectos da gestão do cuidado, aplicação de técnicas do curativo e manejo de sintomas, além de outras intervenções voltadas aos impactos psicológicos, sociais e espirituais.

Constatou-se importante relação entre o contexto dos cuidados paliativos e a existência de feridas neoplásicas, traumáticas, lesões por pressão, úlcera diabética, úlceras venosas e arteriais.^{13,28,41,43,45} Para um cuidado eficaz, os resultados (Quadro 1) revelam a importância do uso de indicadores clínicos, escalas, protocolos e instrumentos para nortear e documentar o atendimento. Com isso, a assistência será desenvolvida de maneira sistematizada, norteada por evidências científicas, segura para o paciente e para quem presta o cuidado.¹²⁻¹⁶

Quando o principal objetivo do tratamento é a cura, os princípios fundamentais do cuidado são controlar ou eliminar os fatores causais, fornecer suporte sistêmico para reduzir os fatores coexistentes e potenciais, e proporcionar um ambiente local que promova a cicatrização de feridas. Entretanto, quando um paciente não possui condições fisiológicas para a cura, a integração de princípios de cuidados paliativos agrega benefícios ao tratamento.³¹

Constatou-se que a habilidade em avaliar e manejar os sintomas relacionados às feridas é essencial para direcionar as intervenções em todas as etapas de um curativo, como a preparação do ambiente e equipamentos necessários ao cuidado, limpeza da ferida, escolha de produtos e adoção de técnicas proporcionais às pessoas em cuidados paliativos. A partir da análise dos estudos, foi possível elencar as principais intervenções relacionadas ao cuidado direto da ferida (Quadro 2).

No tocante à infecção da lesão, verificou-se que escolher a cobertura do curativo somente pelas características físicas da ferida pode induzir ao erro no tratamento. Assim, é indicada ao enfermeiro a coleta (swab) de material para cultura das feridas, com a análise de antibiograma.^{27,34} A infecção superficial pode ser tratada com antissépticos, antimicrobianos tópicos e antibióticos. Em casos de infecções profundas é indicado o tratamento sistêmico.^{18,27,40-42,44,45,49}

Quando o exsudato drenado da ferida está elevado, excedendo a capacidade de absorção da cobertura, pode gerar agressões ao tecido perilesional como a maceração, que muitas vezes é acompanhada de dor. É aconselhado adotar uma cobertura de alta absorção ou que permita a transferência do exsudato para uma segunda cobertura, tal como espumas, alginatos e hidrofibras. Outra estratégia recomendada é a proteção da área perilesional com a aplicação de produtos formadores de barreira ao contato do exsudato com a pele.^{13,15,42,45,48} Em alguns casos, os curativos com pressão negativa podem ser adequados e facilitar o processo de drenagem.^{35,48,50}

O prurido ocorre frequentemente devido a processos irritativos da pele por contato com substâncias e estimulação por pruritogênicos (histamina, serotonina, citocinas e opioides). São opções para o tratamento desse sintoma o uso regular de umectantes e lubrificantes na pele, além de esteroide tópico, creme mentolado e a estimulação elétrica transcutânea (TENS). Recomenda-se evitar lavagens excessivas, pois retiram a proteção natural da pele.^{13,18,28,42,45}

A dor é um dos parâmetros clínicos que mais afeta negativamente a qualidade de vida.^{4,5} Embora possa estar relacionada a diferentes etiologias, a dor é frequentemente associada à presença da ferida e aos procedimentos.³⁸

O manejo da dor deve abranger medidas não farmacológicas (terapia de relaxamento, música, acupuntura, distração, imagens visuais, terapia de frio e calor), e tratamento farmacológico com a analgesia escalonada recomendada pela Organização Mundial de Saúde.^{13,28,45} A utilização tópica de analgésico e opióide torna-se uma

alternativa útil para potencializar o controle da dor sem efeitos colaterais excessivos.^{13,46} No tocante aos procedimentos, recomenda-se a adoção de técnicas mais suaves, produtos não aderentes e coberturas atraumáticas.^{15,28,42}

O mau odor é um dos problemas mais angustiantes, capaz de gerar isolamento social do paciente.^{15,51} Geralmente está associado ao aumento da carga bacteriana e por essa razão precisa de uma avaliação específica. O uso local de metronidazol tópico (pomada, creme, pó, solução), bicarbonato de sódio e soluções antissépticas, são itens bastante encontrados em publicações sobre feridas neoplásicas.^{38,40,45,47} Além desses, observa-se a recomendação do uso de curativos com carvão ativado, uma adequada oclusão da ferida e a adoção de medidas para amenizar o odor no ambiente, como o uso de aromas.^{27,37,42} A terapia com pressão negativa é apontada como útil na maioria dos casos, excetuando-se em casos de neoplasias que ainda é contraindicada.^{35,48,50}

A ocorrência de sangramento na ferida está frequentemente relacionada à presença de vasos capilares frágeis. Assim, uma simples limpeza ou remoção de cobertura aderida ao leito da lesão podem provocar sangramentos. Empregar limpeza e irrigação suaves, umedecer a cobertura antes da remoção e aplicar curativos não aderentes são condutas a serem consideradas nesses casos.^{28,38,18} Para colaborar na hemostasia, aconselha-se utilizar curativos com alginato de cálcio e colágeno. Os casos mais complexos, como hemorragias maiores, devem ser avaliados e submetidos à intervenção médica invasiva.^{15,39,40,42,45}

A presença de tecido desvitalizado na ferida requer do profissional a avaliação quanto ao desbridamento.^{27,40,42} Geralmente, o desbridamento agressivo não é recomendado em feridas que não cicatrizam. Após análise criteriosa, o desbridamento conservador pode ser adequado para reduzir necrose frouxa e o odor associado. A finalidade do desbridamento conservador não é a cicatrização, e sim a redução do risco de infecção e aumento da qualidade de vida.⁴⁵

A pessoa com ferida está inserida dentro de um contexto social e cultural, assim a experiência de conviver com a lesão, muitas vezes deformante, pode suscitar

incapacidades e consequências como perda da função social, angústia e o aumento de gastos financeiros.^{15,51,52} Embora tenham sido encontrados como foco central em poucas pesquisas, os aspectos psicossociais e espirituais apontam intervenções voltadas à melhora da autoestima, qualidade de vida e paz espiritual (Quadro 3).^{12,13,18,26,29,30}

Nesse sentido, é pertinente o planejamento de cuidados compartilhados, em que as práticas educativas e o processo de cuidar valorizem crenças, valores, saberes e aspectos da cultura dos pacientes, favorecendo um ambiente participativo no processo de cuidar.⁵³

As condições podem ser distintas para cada paciente e o tratamento envolve diferentes etapas, assim, as evidências demonstram que a associação de conhecimentos dos Cuidados Paliativos aos cuidados de feridas favorece intervenções de enfermagem adequadas, centradas na pessoa e na família.

CONCLUSÃO

Cuidar de pessoas com feridas no contexto dos cuidados paliativos é algo desafiador, portanto, para nortear as intervenções é importante ter uma equipe multiprofissional capacitada para avaliar aspectos como etiologia e características da ferida, condições clínicas e performance paliativa, e com isso, decidir em conjunto com o paciente qual será a conduta mais apropriada para a situação.

Caso as condições sejam favoráveis à cicatrização, a equipe adotará a terapêutica específica para alcançá-la. Caso contrário, o cuidado deverá incluir realização de técnicas mais conservadoras e menos invasivas, manejo de sinais e sintomas, além de intervenções voltadas aos aspectos sociais, psicológicos e espirituais relacionados à ferida. Para tanto, a gestão do cuidado deve ser desenvolvida para fornecer uma assistência integral, norteadas por evidências científicas e que estimulem o respeito à dignidade, promoção do conforto, redução de danos e inserção social do paciente.

Considera-se como limitação do estudo a realização de buscas com descritores específicos, o que pode ter excluído alguns estudos por não terem seus conteúdos indexados aos descritores utilizados.

O estudo forneceu uma base ampla de evidências para o cuidado de pessoas com feridas em cuidados paliativos, contribuindo assim para a prática de enfermagem em vários cenários de atuação. É importante o desenvolvimento de novas investigações na temática, em especial sobre aspectos psicológicos, sociais e espirituais relacionados às feridas, visto ter sido foco de poucos estudos.

REFERÊNCIAS

1. Frederico G, Kochraiber F, Sala D, Rosa A, Gamba M. Integralidade no cuidado de enfermagem às pessoas com úlceras cutâneas. Rev enferm UFPE on line. 2018;12(7):1997-2011.
2. Järbrink K, Ni G, Sönnnergren H, Schmidtchen A, Pang C, Bajpai R, Car J. Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review. Syst Rev. 2016;5(1):152.
3. Health Sciences Descriptors: DeCS [Internet]. 2017 ed. São Paulo (SP): BIREME / PAHO / WHO. 2017. Available from: <http://decs.bvsalud.org/1/homepagei.htm>.
4. Lentsck MH, Baratieri T, Trincaus MR, Mattei AP, Miyahara CTS. Qualidade de vida relacionada a aspectos clínicos em pessoas com ferida crônica. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03384.
5. Dos Santos MDSH, Pacheco PQC, De Souza SR. A qualidade de vida do paciente portador de feridas neoplásicas: uma revisão integrativa. Rev Enferm Atual In Derme. 2019;88(26).
6. Machado FS, da Costa AEK, Pissaia LF, Beschorner CE, Moreschi C. Perspectiva do enfermeiro frente à assistência no tratamento de feridas em ambiente hospitalar. Rev. epidemiol. controle infecç. 2017;7(3):134-139.
7. da Cunha DR, Salomé GM, Junior MRM, Mendes B, Ferreira LM. Construção e validação de um algoritmo para aplicação de laser no tratamento de ferida. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017;25:1-9.
8. Carvalho NR, Toledo MM, Silva ÉA, Garcia PPC, Comunian DM, de Oliveira DM. A construção do protocolo de feridas como perspectiva de qualificação do cuidado na

atenção primária à saúde: um relato de experiência. *J Manag Prim Health Care*. 2016;7(1):123-123.

9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer: WHO Definition of Palliative Care. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

10. Daudt HM, Mossel C, Scott SJ. Enhancing the scoping study methodology: a large, interprofessional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Med Res Methodol*. 2013;13:48.

11. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

12. Pibernat AD, Robert MP, Mur JS, Martínez MM, Martínez JM. Atención integral a una mujer con úlcera neoplásica latero cervical: un caso clínico en atención primaria. *Metas de enfermería*, 2018; 21(4): 28-32.

13. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin North Am*. 2016;51(3):513-531.

14. Castro MCFD, Fuly PDSC, Garcia TR, Santos MLSCD. ICNP® terminological subgroup for palliative care patients with malignant tumor wounds. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(3):340-346.

15. Santos WAD. Associação entre odor, exsudato e isolamento social em pacientes com feridas neoplásicas: um estudo transversal. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde] - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2016.

16. Castro MCF, Cruz P, Grellmann M, Santos W, Fuly P. Cuidados paliativos a pacientes com feridas oncológicas em hospital universitário: relato de experiência. *Cogitare enferm*. 2014;19(4):841-844.

17. Azevedo IC, Costa RKS, Holanda CSM, Salvetti MG, Torres GV. Conhecimento de enfermeiros da estratégia saúde da família sobre avaliação e tratamento de feridas oncológicas. *Rev bras cancerol.* 2014;60(2):119-27.
18. Emmons KR, Dale B, Crouch C. Palliative wound care: principles of care. *Home Healthc Nurse.* 2014;32(1):48-53.
19. Maida V, Ennis M, Kesthely C. Clinical parameters associated with pressure ulcer healing in patients with advanced illness. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47(6):1035-1042.
20. Maida V. Wound management in patients with advanced illness. *Curr Opin Suporte Palliat Care.* 2013;7(1):73-79.
21. Gallagher R. The management of wound-related procedural pain (volitional incident pain) in advanced illness. *Curr Opin Support Pa.* 2013;7(1):80-85.
22. Grocott P, Gethin G, Probst S. Malignant wound management in advanced illness: new insights. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care.* 2013;7(1):101-105.
23. Lo SF, Hayter M, Hu wy, Tai CY, Hsu MY, Li YF. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *J Adv Nurs.* 2012;68(6):1312-1321.
24. Nenna M. Pressure ulcers at end of life: an overview for home care and hospice clinicians. *Home Healthc Nurse.* 2011;29(6):350-365.
25. Navaid M, Melvin T, Berube J, Dotson S. Principles of wound care in hospice and palliative medicine. *Am J Hosp Palliat Me.* 2010;27(5):337-341.
26. Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *Int Wound J.* 2010;7:214-235.
27. Castro MCF, Santos WA, Fuly PSC, Santos MLSC, Ribeiro-Garcia T. Intervenções de enfermagem para pacientes oncológicos com odor fétido em ferida tumoral. *Aquichan.* 2017;17(3):243-256.
28. Woo KY, Krasner DL, Kennedy B, Wardle D, Moir O. Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care. *Adv Skin Wound Care.* 2015;28(3):130-140.

29. Probst S, Arber A, Trojan A, Faithfull S. Caring for a loved one with a malignant fungating wound. *Support Care Cancer*. 2012;20(12):3065-3070.
30. Letizia M, Uebelhor J, Paddack E. Providing Palliative care to seriously ill patients with nonhealing wounds. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010;37(3):277-282.
31. Emmon KR, Lachman VD. Palliative wound care: a concept analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010;37(6):639-644.
32. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Mirabella F, Surdo L, Marinis MG, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliative Med*. 2010;24(7):669-673.
33. Dincer M, Doger C, Tas SS, Karakaya D. An analysis of patients in palliative care with pressure injuries. *Niger J Clin Pract*. 2018;21(4).
34. Soares RDS. O perfil bacteriológico e as variáveis relacionadas a ferida neoplásica no paciente em cuidado paliativo. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde] - Universidade Federal Fluminense; 2019.
35. Bazaliński D, Więch P, Kaczmarska D, Sałacińska I, Kózka M. Use of controlled negative pressure in management of phlegmon caused by fulminant complication of pressure wound: a case report. *Medicine*. 2018;97(28).
36. Vázquez JCÁ, Gestal AE, Suárez TÁ, Mosquera JB, Prado JC, Moeda EG, González AV. Prevención del deterioro de la integridad cutánea en el sacro mediante la aplicación de una espuma de adhesión atraumática. *Metas enferm*. 2014.17(2),12.
37. Heckel M, Stiel S, Ostgathe C. Smell and taste in palliative care: a systematic analysis of literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015; 272(2): 279-288.
38. Emmons KR, Dale B, Crouch C. Palliative Wound care Part 2: application of principles. *Home Healthc Nurse*. 2014;32(4):210-22.
39. Woo K Y, Sibbald R G. Local wound care for malignant and palliative wounds. *Adv Skin Wound Care*. 2010;23(9):417-428.
40. Bergevin R. Assessing wounds in palliative care. *Nursing*. 2014;44(8):68-9.

41. Weir GR, Smart H, Van Marle J, Cronje FJ, Sibbald RG. Arterial disease ulcers, part 2: treatment. *Adv Skin Wound Care*. 2014;27:462-76.
42. Vargas E, Alfonso I, Solano D, Aguilar M, Gómez V. Heridas neoplásicas: aspectos básicos del cuidado de enfermeira. *Repert med cir*. 2015;24(2):95-104.
43. Jeng J, Gibran N, Peck M. Burn care in disaster and other austere settings. *Surg Clin North Am*. 2014;94:893-907.
44. Gozzo TO, Tahan FP, Andrade M, Nascimento TG, Prado MAS. Occurrence and management of neoplastic wounds in women with advanced breast cancer. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014;18(2):270-6.
45. Woo K. HOPES for palliative wounds. *Int J Palliat Nurs*. 2017;23(6):264-268.
46. Maida V. Medical cannabis in the palliation of malignant wounds—a case report. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(1):e4-e6.
47. Drain J, Fleming MO. Palliative management of malodorous squamous cell carcinoma of the oral cavity with Manuka honey. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2015;42(2):190-192.
48. Riot S, de Bonnacaze G, Garrido I, Ferron G, Grolleau JL, Chaput B. Is the use of negative pressure wound therapy for a malignant wound legitimate in a palliative context?“The concept of NPWT ad vitam”: a case series. *Palliative Med*. 2015;29(5):470-473.
49. Morton LM, Bolton LL, Corbett LQ, Girolami S, Phillips TJ. An evaluation of the association for the advancement of wound care venous ulcer guideline and recommendations for further research. *Adv Skin Wound Care*. 2013;26(12):553-561.
50. Ruiz-Lopez M, Titos A, Gonzalez-Poveda I, Carrasco J, Toval JA, Mera S, Santoyo J. Negative pressure therapy as palliative treatment for a colonic fistula. *Int Wound J*. 2012;11(2):228-229.

51. Santos WAD, Fuly PDSC, Santos MLSCD, Souto MD, Reis CM, Castro MCFD. Avaliação do isolamento social em pacientes com odor em feridas neoplásicas: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. 2017;11(supl.3):1495-1503.
52. Fiester A. When it hurts to ask: avoiding moral injury in requests to forgo treatment. Am J Phys Med Rehabil. 2014;93:260-262.
53. Chibante CLP, Santo FHE, Santos TD, Porto IS, Daher DV, Brito WAP. Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas. Esc Anna Nery. 2017;21(2):e20170036.

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA CUIDADO É FUNDAMENTAL

FORMATAÇÃO GERAL DO MANUSCRITO

FORMATO: “.doc”;

FOLHA: Tamanho A4;

MARGENS: 2,5 cm nas quatro margens;

FONTE: Trebuchet MS; fonte 11 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

ITÁLICO: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

NOTAS DE RODAPÉ: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ¶, §§, ††, etc.

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo.

Simples para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO (incluindo referências):

1. Editorial - Limite máximo de 600 palavras;
2. Artigos originais - Limite máximo 4500 palavras;
3. Revisão - Limite máximo de 5000 palavras;

ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2019, uma nova etapa será inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um software irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados:

- Até 25% de plágio - será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;
- Mais de 50% de plágio - será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (Português, Inglês, Espanhol)
2. Resumo (nos 3 idiomas do título)
3. Descritores (nos 3 idiomas do título)
4. Introdução
5. Metodologia
6. Resultados
7. Discussão
8. Considerações finais/conclusão
9. Referências

OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;
- Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

FORMATÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras “RESUMO”, “DESCRITORES”, “INTRODUÇÃO”, “MÉTODO”, “RESULTADOS”, “DISCUSSÃO”, “CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO”, “REFERÊNCIAS” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA.

TÍTULO

Deve aparecer nos 3 idiomas do Resumo;

Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

RESUMO

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Inclui: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido;

Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: CAIXA ALTA E EM NEGRITO;

Inserir 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta;

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) → <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descritor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH) → www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRITORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

INTRODUÇÃO

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

METODOLOGIA

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a importância da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

RESULTADOS

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

Limite máximo de 30 referências;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação;

Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências

Tabelas e quadros

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura

Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;

Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela

Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis.

Utilizar fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento simples entre linhas.

O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, sem negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

Exemplo 1: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (Sem ponto final)

Exemplo 2: Tabela 1 - Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes¹.

2) Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: 8-10 - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: 8,10 - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

3) Citação direta com até três linhas

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:13 - a informação se refere à referência 8, página 13.

4) Citação direta com mais de três linhas

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Trebuchet MS 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: (8:345-6) o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

5) Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Trebuchet 11, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)